

青森県後期高齢者医療 データヘルス計画（第2期） 【概要版】

【中間評価に伴う改訂版】

令和3年2月

青森県後期高齢者医療広域連合

目 次

第1章	計画策定について	
	1. 背景・目的	1
	2. 基本方針	2
	3. データヘルス計画の位置づけ	2
	4. 計画期間	2
	5. 関係者が果たすべき役割	3
第2章	現状と課題把握	
	(1) 分析結果	4
	(2) データ分析に基づく現状	8
	(3) データ分析に基づく課題と対策	9
第3章	データヘルス計画（第2期）の中間評価	
	1. 中間評価の考え方	10
	2. 全体の評価状況	10
	3. 各事業の目標達成状況及び今後の課題	11
	(1) 医科健康診査事業	11
	(2) 健康状態不明者受診勧奨事業	12
	(3) 歯科健康診査事業	13
	(4) 健診異常値放置者受診勧奨事業	14
	(5) 生活習慣病治療中断者受診勧奨事業	15
	(6) 脳梗塞の発症予防事業	16
	(7) 受診行動適正化指導事業（重複・頻回受診、重複服薬）	17
	(8) 糖尿病治療中断者受診勧奨事業	18
	(9) 糖尿病性腎症重症化予防事業	19
	(10) フレイル対策事業	20
	(11) ジェネリック医薬品差額通知事業	21
	(12) 薬剤併用禁忌防止事業	22
	(13) ポリファーマシー対策事業	23
	(14)～(19) 特別対策補助金（長寿・健康増進事業）	24
	4. 目標項目・指標の見直し	25
第4章	データヘルス計画の推進 中間評価を踏まえて	
	1. データヘルス計画の目的と・目標の設定	29
	2. 高齢者保健事業の展開におけるイメージ	30
	3. 高齢者保健事業の進め方	31
	4. 高齢者保健事業の推進体制等	32
第5章	データヘルス計画の展開	
	1. 高齢者保健事業の今後の展開	33
第6章	データヘルス計画の評価・見直し及び周知	
	1. データヘルス計画の評価	37
	2. データヘルス計画の見直し	37
	3. 計画の公表・周知	37
	4. 運営上の留意事項（地域包括ケアについて）	37

第1章 計画策定について

1. 背景・目的

後期高齢者医療広域連合(以下、「広域連合」という。)は、「高齢者の医療の確保に関する法律」第125条第1項に基づき、高齢者の心身の特性に応じ、健康教育、健康相談、健康診査及び保健指導並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援その他の被保険者の健康の保持増進のために、必要な事業を行うように努めなければならないとされています。

また、国においては、平成25年6月14日に「日本再興戦略」が閣議決定され、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされました。

これに伴い、当広域連合においても被保険者の健康寿命を延伸し、それぞれの被保険者の生活の質(QOL)が維持できるよう、国の方針等に基づき、健康診査の結果やレセプト等のデータによる現状分析を行い、それらから見えてきた課題等に対応した保健事業の推進を図るため、平成27年3月に平成27年度から平成29年度までの3ヶ年を計画期間とした「保健事業推進計画(第1期データヘルス計画)」を策定、平成30年2月には平成30年度から平成35年度(令和5年度)までの6ヶ年を計画期間とした「データヘルス計画(第2期)」を策定し、被保険者の「健康寿命の延伸」及び「医療費の適正化」を図ることを目的に、幅広い保健事業を展開してきました。

「データヘルス計画(第2期)」の策定から3年が経過し、この間、「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」が公布され、順次施行されるとともに、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版」(令和元年10月)や「高齢者の医療の確保に関する法律に基づく高齢者保健事業の実施等に関する指針」(令和2年3月)が新たに示され、「高齢者の保健事業と介護予防等を一体的に実施」する体制が整備されたことを受け、令和2年度から開始されました。

この背景には、これまでは後期高齢者に対する保健事業は広域連合が主体となって実施し、その一方で、介護予防の取組は市町村が主体となって実施しており、健康状況や生活機能の課題に一体的に対応できていないという課題がありました。こうした課題について、市町村は、市民に身近な立場からきめ細かな住民サービスを提供することができること、また、国民健康保険や介護保険の保険者として保健事業や介護予防のノウハウを有していることなどから、高齢者の心身の特性に応じたきめ細やかな保健事業を、介護予防の観点も含めて市町村が実施できるよう、令和元年5月に「高齢者の医療に関する法律」の一部改正がなされ、高齢者の保健事業と介護予防等を一体的に実施できることとなったものです。

なお、令和2年度は、「データヘルス計画(第2期)」の中間評価を行う年とされており、「データヘルス計画(第2期)」の目的を踏まえつつ、これまでの取り組みを評価するとともに、社会状況の変化等を踏まえ、今後取り組むべき課題を整理しています。また、「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づく高齢者保健事業の実施等に関する指針(令和2年3月)を踏まえ、高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施に関する事項を新たに盛り込むなど、必要な見直しを行いました。

2. 基本方針

1. 疾病ごとの医療費比較、高額レセプトの発生状況や発生元となる疾病の把握を行い、潜在する課題を明確にします。
2. 明確となった課題に対する、「短期的な対策」・「中長期的な対策」を検討します。さらに、費用対効果の高い集団を特定し、PDCAサイクルにより、取り組みを循環させ、事業の進行管理を実施します。
3. 即効性がある短期的事業と、将来の大きな医療費削減に繋がる中・長期的な事業を本県の実状に合わせて、効率よく実施します。
4. 実施する事業に対する明確な目標を設定します。また、この目標を達成するための効果的な実施方法を明示します。さらに、事業実施後の効果測定方法についても記載します。

3. データヘルス計画の位置づけ

「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21（第2次）」）に示された基本方針を踏まえるとともに、県の健康増進計画である「健康あおもり21（第2次）」及び「青森県医療費適正化計画（第三期）」との整合性を図るとともに、「青森県後期高齢者医療広域連合第3次広域計画」、市町村の「健康増進計画」、市町村国民健康保険の「保健事業実施計画」、市町村の「介護保険事業計画」等の関係する計画と調和が保たれたものとします。

4. 計画期間

この計画の期間は、平成30年度から令和5年度までの6ヶ年とします。

データヘルス計画	平成27年度 (2015年度)	平成28年度 (2016年度)	平成29年度 (2017年度)	平成30年度 (2018年度)	令和元年度 (2019年度)	令和2年度 (2020年度)	令和3年度 (2021年度)	令和4年度 (2022年度)	令和5年度 (2023年度)	令和6年度 (2024年度)
第1期計画	計画期間:3ヶ年									
	平成27年度 実績	平成28年度 実績	評価・ 計画策定							
第2期計画				計画期間:6ヶ年						
			平成29年度 実績	平成30年度 実績	令和元年度 実績	中間評価 令和2年度 実績	令和3年度 実績	令和4年度 実績	令和5年度 実績	第3期 計画期間
				中間評価に活用					評価・ 計画策定	

5. 関係者が果たすべき役割

- (1) 広域連合は、レセプトデータや健診データ、KDBデータ等を活用し、健診・医療情報の詳細な分析を行います。また、学識経験者、医師会・歯科医師会・薬剤師会等の保険医療機関、各保険者代表等で構成する「青森県後期高齢者医療広域連合運営懇談会」及び県や国保連合会、県内6医療圏域の市町村の代表者等で構成する「青森県後期高齢者医療広域連合政策推進会議」を通じて、幅広く助言等をいただき、本計画を策定するとともに、各種高齢者保健事業の評価・見直しを行っていきます。
- (2) 市町村は、被保険者にとって最も身近な立場にあり、その地域の実状等について詳しいことから、各種訪問指導事業等を主体的に実施します。
- (3) 市町村との連携を図るため、広域連合事務局、市町村の後期高齢担当課、健康づくり担当課、介護予防事業担当課の各課長を構成員とする「青森県後期高齢者医療保健事業推進検討会議」及び6医療圏域ごとに設置している「青森県後期高齢者医療保健事業推進検討会議圏域部会」を活用し、協調して事業を実施します。

第2章 現状と課題把握

(1)分析結果

【疾病大分類別】

●医療費が高い疾病

		医療費
1位	循環器系の疾患	32,915,978,541 円
2位	筋骨格系及び結合組織の疾患	19,129,959,308 円
3位	新生物＜腫瘍＞	18,232,860,066 円

●患者数が多い疾病

		患者数
1位	循環器系の疾患	185,220 人
2位	消化器系の疾患	170,597 人
3位	内分泌、栄養及び代謝疾患	158,016 人

●患者一人あたりの医療費が高額な疾病

		患者一人あたりの医療費
1位	新生物＜腫瘍＞	180,808 円
2位	循環器系の疾患	177,713 円
3位	腎尿路生殖器系の疾患	158,296 円

【疾病中分類別】

●医療費が高い疾病

		医療費
1位	その他の心疾患	11,319,116,773 円
2位	腎不全	10,830,449,071 円
3位	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	7,872,778,872 円

●患者数が多い疾病

		患者数
1位	高血圧性疾患	155,469 人
2位	その他の消化器系の疾患	136,967 人
3位	糖尿病	109,192 人

●患者一人あたりの医療費が高額な疾病

		患者一人あたりの医療費
1位	白血病	621,852 円
2位	腎不全	415,980 円
3位	くも膜下出血	337,509 円

【高額(5万点以上)レセプトの件数と割合】

●高額レセプト件数

高額レセプト件数	62,349 件
高額レセプト件数割合	1.1 %
高額レセプト医療費割合	34.4 %

●高額レセプト発生患者の疾病傾向

患者一人あたりの医療費順(中分類)

		患者一人あたりの医療費
1位	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	5,452,609 円
2位	腎不全	5,322,197 円
3位	くも膜下出血	5,141,384 円

【健診異常値放置者の状況】

健診異常値放置者数	2,480 人
-----------	---------

【生活習慣病治療中断者の状況】

生活習慣病治療中断者数	1,110 人
-------------	---------

【糖尿病性腎症発症者の状況】

人工透析患者数	2,350 人
(Ⅱ型糖尿病起因患者数)	1,347 人

【医療機関受診の状況】

重複受診者数	2,611 人
頻回受診者数	5,507 人
重複服薬者数	7,561 人

【ジェネリック医薬品普及率の状況】

ジェネリック医薬品普及率(数量割合)	76.3 %
--------------------	--------

【薬剤併用禁忌の状況】

薬剤併用禁忌対象者数	6,490 人
------------	---------

【服薬の状況】

長期多剤服薬者数	43,630 人
----------	----------

【疾病大分類別】

●医療費が高い疾病

			医療費
平成 28 年度	1位	循環器系の疾患	32,511,830,184 円
	2位	筋骨格系及び結合組織の疾患	17,763,800,367 円
	3位	新生物＜腫瘍＞	15,408,649,109 円
令和 元 年度	1位	循環器系の疾患	32,915,978,541 円
	2位	筋骨格系及び結合組織の疾患	19,129,959,308 円
	3位	新生物＜腫瘍＞	18,232,860,066 円

【疾病中分類別】

●医療費が高い疾病

			医療費
平成 28 年度	1位	腎不全	10,002,181,387 円
	2位	その他の心疾患	9,388,931,479 円
	3位	高血圧性疾患	8,530,673,769 円
令和 元 年度	1位	その他の心疾患	11,319,116,773 円
	2位	腎不全	10,830,449,071 円
	3位	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	7,872,778,872 円

【高額(5万点以上)レセプトの件数と割合】

平成 28 年度	高額レセプト件数	56,930 件
	高額レセプト件数割合	1.0 %
	高額レセプト医療費割合	32.3 %
令和 元 年度	高額レセプト件数	62,349 件
	高額レセプト件数割合	1.1 %
	高額レセプト医療費割合	34.4 %

●高額レセプト発生患者の疾病傾向
患者1人あたりの医療費順(中分類)

			患者1人あたりの医療費
平成 28 年度	1位	腎不全	5,360,812 円
	2位	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	5,001,146 円
	3位	肩の障害<損傷>	4,852,763 円
令和 元 年度	1位	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	5,452,609 円
	2位	腎不全	5,322,197 円
	3位	くも膜下出血	5,141,384 円

【ジェネリック医薬品普及率 数量割合】

	平成28年度	令和元年度
ジェネリック医薬品普及率	66.3 %	76.3 %

(2) データ分析に基づく現状

分 類	現 状
医療データ	●1人あたりの医療費は年々増加傾向にあります。 ●高額レセプトの医療費や件数は増加傾向にあります。 ●疾病大分類別の「医療費が高い疾病」、「患者数が多い疾病」の第1位は「循環器系の疾患」です。 ●疾病大分類別の「患者数が多い疾病」の第2位は「消化器系の疾患」です。 ●疾病大分類別の「患者1人あたりの医療費が高額な疾病」の第1位は「新生物＜腫瘍＞」です。 ●疾病中分類別において、「医療費が高い疾病」の第1位は「その他の心疾患」です。 ●疾病中分類別の、「医療費が高い疾病」の第2位は「腎不全」です。 ●疾病中分類別において「患者数が多い疾病」の第1位は「高血圧性疾患」です。 ●疾病中分類別において、「患者数が多い疾病」の第2位は「その他の消化器系の疾患」です。 ●第3位は「糖尿病」であり、被保険者数約半数(51.0%)となっています。 ●疾病中分類別の「患者1人あたりの医療費が高額な疾病」は「白血病」です。 ●高額レセプトの医療費割合は34.4%を占めています。 ●高額レセプトの発生患者における「患者1人あたりの医療費」では、「脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群」が平成28年度は第2位でしたが、令和元年度では第1位に上昇しています。 ●人工透析患者数は2,350人であり、そのうち、Ⅱ型糖尿病起因患者数は1,347人です。
介護データ	●全国と比較すると、本県の介護認定率は平成29年度までは若干高い傾向にありましたが、令和元年度は下回っています。 ●介護認定者における疾病の有病率状況は、ほぼ全国と同程度ですが、「脳疾患」は全国を上回っています。
死因分析データ	●「脳疾患」、「腎不全」、「糖尿病」による死因が全国割合を上回っています。
保健データ	●健診受診率は年々向上傾向にありますが、市町村間では受診率に差があります。 ●健診異常値放置者数は2,480人、糖尿病治療中断者を含む生活習慣病治療中断者数は1,110人です。 ●医療機関へのかかり方について、重複受診者数は2,611人、頻回受診者数は5,507人、重複服薬者数は7,561人であり、正しい受診行動に導く指導が必要です。 ●長期多剤服用者数は43,630人です。多剤服薬は副作用が起こりやすく、様々なリスクがあるため、適正な服薬を促す必要があります。
その他	●ジェネリック医薬品普及率(数量割合)は76.3%であり、令和2年9月までに使用割合80%とする」と国が定めた目標を達成していないため、継続して切り替え勧奨を行う必要があります。 ●薬剤併用禁忌対象者数は6,490人であり、併用禁忌の薬剤による健康被害を防止する必要があります。

(3) データ分析に基づく課題と対策

課題の整理	対策	対策となる事業
疾病大分類及び疾病中分類において、生活習慣病患者が多数存在します。 医療費も多額です。 健康状態不明者(健診未受診・生活習慣病投薬レセプト無し・生活習慣病レセプト無し)が多数存在します。	被保険者に生活習慣を見直すきっかけを提供し、生活習慣病等の発症や重症化予防、心身機能低下を防止します。 特に健康状態不明者に対し、健康診査への理解を深めさせ、健診受診に繋がります。 健康診査の受診率向上を図ります。	・医科健康診査事業 ・健康状態不明者受診勧奨事業
肺炎による死亡者の多くが誤嚥性肺炎と言われている。 口腔機能低下による嚥下機能の低下を予防するとともに、食欲低下・体重減少等に伴う虚弱(フレイル)を防止する必要があります。	歯科健康診査の受診率の向上を図ります。 要介護状態にある者に対し訪問による歯科健診を行います。 低栄養予防のため食事の取り方や生活の仕方について指導を行います。	・歯科健康診査事業 ・在宅要介護者訪問歯科健康診査事業 ・低栄養予防事業
健診異常値放置者・生活習慣病治療中断者・糖尿病治療中断者が多数存在します。	医療機関への受診に繋げることで適切な治療を行い、各種疾病の重症化を予防します。	・健診異常値放置者受診勧奨事業 ・生活習慣病治療中断者受診勧奨事業
疾病中分類において脳梗塞は上位を占めています。 また、脳梗塞を発症したにもかかわらず、定期的に医療機関の受診を行っていない被保険者が多数存在します。	脳卒中は要介護者となる主な原因となっています。未然に発症を防ぐことでQOLの低下を防止します。	・脳梗塞の発症予防事業
重複受診者・頻回受診者・重複服薬者が多数存在し、それらの患者を正しい受診行動に導く指導が必要です。	適正な医療機関のかかり方について、保健師等の専門職による指導を行います。	・受診行動適正化指導事業(重複・頻回・重複服薬)
人工透析患者のうち、Ⅱ型糖尿病起因の患者が増加しています。 疾病中分類において、「医療費が高い疾病」の1位は腎不全で、糖尿病は「患者数が多い疾病」の3位となっています。 糖尿病は進行すると腎症に至り、人工透析が必要となるため、腎症の悪化を遅延させる必要があります。	早期に保健指導等を行い、生活習慣を改善することで、腎症の悪化を予防します。	・糖尿病性腎症重症化予防事業
ジェネリック医薬品普及率については、「令和2年9月までに使用割合80%とする」と国が定めた目標を達成していないため、切り替え勧奨を行う必要があります。	ジェネリック医薬品へ切り替えることで自己負担額が安くなること、また国が先発医薬品と同等の効能があることを認めた医薬品であることを周知し、切り替えを促します。	・ジェネリック医薬品差額通知事業
多数の薬剤併用禁忌対象者が存在します。 薬剤併用禁忌は、重篤な健康被害等に繋がります。	かかりつけ薬局を持つこと、お薬手帳を1冊にまとめることを啓発し、併用禁忌となる薬剤が処方されていることを周知します。	・薬剤併用禁忌防止啓発通知事業
長期多剤服薬対象者が多数存在します。 多剤服薬は副作用が起こりやすく、様々なリスクがあるため、適正な服薬を促す必要があります。	かかりつけ薬局を持つこと、お薬手帳を1冊にまとめることを啓発し、多剤処方や残薬の解消など、適正な服薬を促します。	・ポリファーマシー対策事業

第3章 データヘルス計画（第2期）の中間評価

「データヘルス計画（第2期）」は、平成30年度から令和5年度までの6年間の計画ですが、計画期間の中間地点にあたる令和2年度において、社会状況の変化等を踏まえつつ、進捗確認・中間評価を行うとともに、今後取り組むべき課題と方向性を整理しました。

1. 中間評価の考え方

目標とする方向に向かっているかどうかの視点で5段階で評価しました。

評価は短期目標で行いました。

基準値（策定時等）と現状値を比較	評価区分
目標達成	A
策定時より向上（改善）傾向にある	B
策定時と変わらない	C
策定時より悪化傾向にある	D
評価困難	E

2. 全体の評価状況

6事業（48評価指標）のうち、「A（目標達成）」は1指標、「B（策定時より向上（改善）傾向にある）」は23指標、「C（策定時と変わらない）」は14指標、「D（策定時より悪化傾向にある）」は1指標、「E（評価困難）」は9指標であり、概ね計画に沿って進捗しているものと評価しました。

事業名		評価指標	評価区分				
			A	B	C	D	E
健康診査事業	(1) 医科健康診査事業	10		①、②	③		
	(2) 健康状態不明者受診勧奨事業			①、④			②、③
	(3) 歯科健康診査事業			①、②、③			
保健指導事業 （訪問指導）	(4) 健診異常放置者受診勧奨事業	25		①、②	③、④		
	(5) 生活習慣病治療中断者受診勧奨事業			①	②、③、④		
	(6) 脳梗塞の発症予防事業			②、④	①		③
	(7) 受診行動適正化指導事業 （重複・頻回受診・重複服薬）		③	①、②	④		
	(8) 糖尿病治療中断者受診勧奨事業			①、②、③	④		
	(9) 糖尿病性腎症重症化予防事業			①、②	③		④、⑤
高齢者の低栄養防止・重症化予防事業	(10) フレイル対策事業	4			①、②		③、④
医療費適正化事業	(11) ジェネリック医薬品差額通知事業	2		①	②		
服薬適正化事業	(12) 薬剤併用禁忌防止啓発事業	4		①、②			
	(13) ポリファーマシー対策事業				①	②	
長寿健康増進事業	(14) 健康教育健康相談 ～ (19) 柔道整復にかかる適正化	3		①			②、③
計		48	1	23	14	1	9

3. 各事業の目標達成状況及び今後の方向性

(1) 医科健康診査事業

	評価指標	目標	平成 28年度 (ベースライン)	平成 29年度	平成 30年度	令和 元年度	評価
アウトプット	① 受診率	受診率 28.70%以上	23.97%	24.69%	25.75%	25.88%	B
アウトカム	② 受診率	健診受診率の 向上	0	0.72 ↑	1.06 ↑	0.13 ↑	B
	③ 生活習慣病 予備群数 (健診受診者に 対する要指導者 等の割合)	生活習慣病 予備群の早 期発見	33,128人 (82%)	37,156人 (83%)	39,248人 (82.8%)	39,876人 (82.5%)	C

【目標達成状況】

- ・受診率は、目標は達成できませんでしたが、年々向上傾向にあります。
- ・生活習慣病予備群数は横ばい傾向にあります。

【今後の方向性】

- ・受診率には市町村格差があることから、受診率が低い市町村に対し、引続き実情に応じた助言等を行っていきます。
- ・引続き、市町村と連携し、県全体での受診率向上を目指します。

年度別 健康診査受診率の推移

区 分	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
被保険者数(人)	201,145	205,015	207,340	210,443
対象外者数(人)	17,477	17,508	17,138	18,128
対象者数(人)	183,668	187,507	190,202	192,315
受診者数(人)	44,029	46,313	48,976	49,766
受診率(%)	23.97	24.69	25.75	25.88

※当広域連合調査による。

(2) 健康状態不明者受診勧奨事業

	評価指標	目標	平成 28年度	平成 29年度	平成 30年度 (ベースライン)	令和 元年度	評価
アウトプット	① 実施市町村数	実施市町村数 20市町村以上			10市町村	15市町村	B
	② 健康状態不明者の受診率	健康状態不明者の受診率向上			—	—	E
アウトカム	③ 生活習慣病予備群数	生活習慣病予備群の早期発見			—	—	E
	④ 健康状態不明者数	健康状態不明者数の減少			18,487人	18,181人	B

【目標達成状況】

- ・広域連合は対象者リストを作成し市町村に提供。市町村は受診勧奨や健康相談等を実施しました。
- ・実施市町村数は、目標は達成できませんでしたが、増加しています。
- ・健康状態不明者の受診率は把握が困難なため、評価困難としました。
- ・生活習慣病予備群の早期発見については、把握が困難なため評価困難としました。
- ・健康状態不明者数については、減少傾向にあります。

【今後の方向性】

- ・健康状態不明者に対する健康診査の受診勧奨がなされるよう、未実施の市町村に対し、引続き実状に応じた助言等の支援を行っていきます。
- ・「高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施」の中で実施していく市町村もあることから、引続き市町村の取り組み状況に応じた助言等の支援をしていきます。

(3) 歯科健康診査事業

	評価指標	目標	平成 28年度 (ベースライン)	平成 29年度	平成 30年度	令和 元年度	評価
アウトプット	① 実施市町村数	実施市町村数 15市町村以上	7市町村	8市町村	11市町村	14市町村	B
	② 受診率	健診受診率の 向上	1.58%	1.59%	1.87%	2.05%	B
アウトカム	③ 歯科健診 受診者数	歯科健診受診 者数の増加	2,905人	2,975人	3,550人	3,946人	B

【目標達成状況】

- ・実施市町村数は、目標は達成できませんでしたが、年々増加傾向にあります。
- ・受診率は向上傾向にあります。
- ・受診者数は、年々増加傾向にあります。

【今後の方向性】

- ・引続き、未実施の市町村に対し、取組に向けた助言等の支援を行っていきます。

年度別 歯科健康診査受診率の推移

区 分	平成 2 8 年度	平成 2 9 年度	平成 3 0 年度	令和元年度
被保険者数(人)	201,145	205,015	207,340	210,443
対象外者数(人)	17,521	17,508	17,138	18,128
対象者数(人)	183,624	187,507	190,202	192,315
受診者数(人)	2,905	2,975	3,550	3,946
受診率(%)	1.58%	1.59%	1.87%	2.05%
実施市町村数	7	8	11	14

※当広域連合調査による。

(4) 健診異常放置者受診勧奨事業

	評価指標	目標	平成 28年度 (ベースライン)	平成 29年度	平成 30年度	令和 元年度	評価
アウトプット	① 実施市町村数	実施市町村数 35市町村以上	12市町村	23市町村	24市町村	21市町村	B
	② 訪問指導 実施者数	訪問指導実施 者数の増加	91人 訪問後資格喪失者 2人含む	286人 訪問後資格喪失者 5人含む	323人 訪問後資格喪失者 3人含む	150人 訪問後資格喪失者 1人含む	B
アウトカム	③ 訪問対象者の 医療機関受診 者数	訪問対象者の 医療機関受診 者数の増加	27人 (30.3%)	145人 (51.6%)	160人 (50.0%)	38人 (25.5%)	C
	④ 健診異常値放 置者数	健診異常値放 置者数の減少	1,295人	1,321人	1,434人	1,372人	C

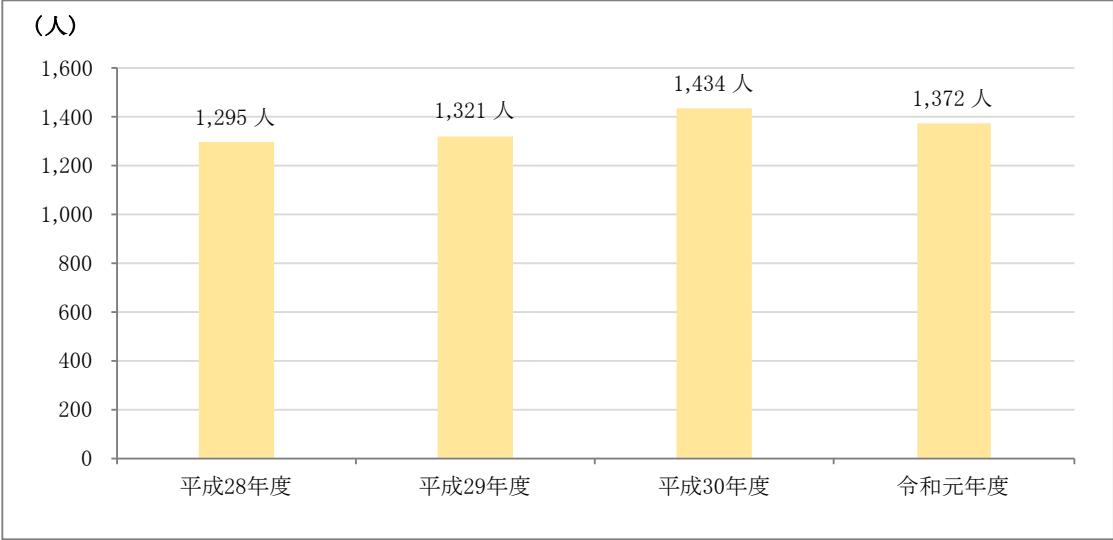
【目標達成状況】

- ・実施市町村数は、目標は達成できませんでしたが、増加傾向にあります。
- ・訪問指導実施者数は、増加傾向にあります。
- ・訪問対象者の医療機関受診者数は、年度間で差がありますがベースライン程度は維持しています。
- ・健診異常放置者数は、横ばい傾向にあります。

【今後の方向性】

- ・健診異常値を放置している者は、自覚症状がないことで受診につながっていないケースが多いと考えられるため、重症化を未然に防ぐためにも精密検査の重要性について理解を深めさせる必要があります。
- ・引続き市町村と連携し、多くの市町村で効果的に取組まれることを目指します。
- ・「高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施」の中で実施していく市町村もあることから、引続き市町村の取り組み状況に応じた助言等の支援をしていきます。

図表38 年度別 健診異常放置者数



(5) 生活習慣病治療中断者受診勧奨事業

	評価指標	目標	平成 28年度 (ベースライン)	平成 29年度	平成 30年度	令和 元年度	評価
アウトプット	① 実施市町村数	実施市町村数 30市町村以上	10市町村	18市町村	21市町村	20市町村	B
	② 訪問指導 実施者数	訪問指導実施 者数の増加	50人	81人 訪問後資格喪失者 7人含む	84人 訪問後資格喪失者 12人含む	56人 訪問後資格喪失者 2人含む	C
アウトカム	③ 訪問対象者の 医療機関受診 者数	訪問指導対象者 の医療機関受診 者数の増加	30人 (60.0%)	50人 (67.6%)	52人 (72.2%)	32人 (59.3%)	C
	④ 生活習慣病治 療中断者数	生活習慣病治療 中断者数の減少	891人	899人	853人	887人	C

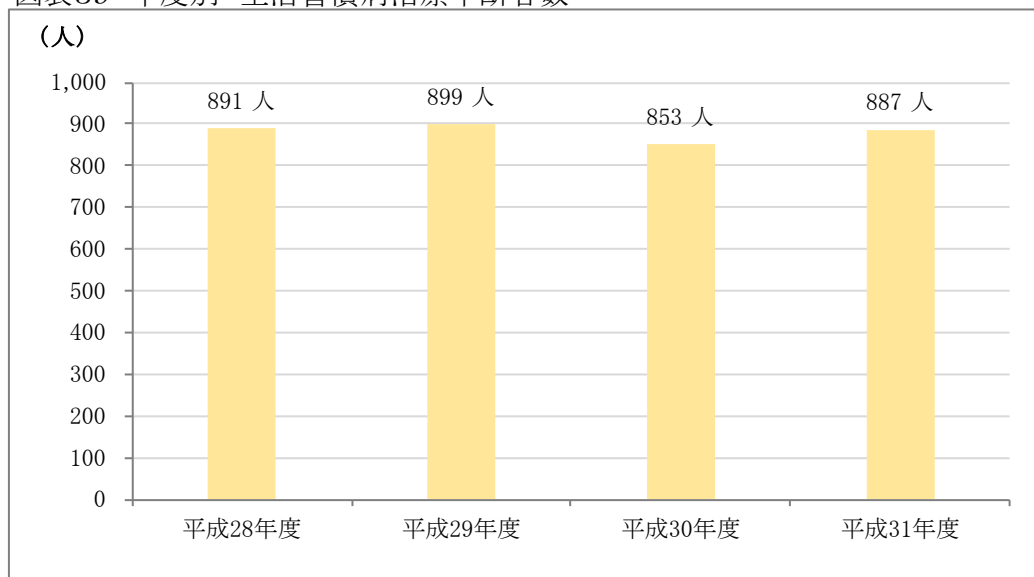
【目標達成状況】

- ・実施市町村数は、目標は達成できませんでしたが、増加傾向にあります。
- ・訪問指導実施者数は、横ばい傾向にあります。
- ・訪問指導対象者数の医療機関受診者数は、横ばい傾向にあります。
- ・生活習慣病治療中断者数は、横ばい傾向にあります。

【今後の方向性】

- ・生活習慣病の治療を中断している者は、自覚症状がないことで治療継続につながっていないケースが多いと考えられるため、重症化を未然に防ぐためにも治療継続の重要性について理解を深めさせる必要があります。
- ・引続き市町村と連携し、多くの市町村で効果的に取組まれることを目指します。
- ・「高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施」の中で実施していく市町村もあることから、引続き市町村の取り組み状況に応じた助言等の支援をしていきます。

図表39 年度別 生活習慣病治療中断者数



(6)脳梗塞の発症予防事業

	評価指標	目標	平成28年度 (ベースライン)	平成29年度	平成30年度	令和元年度	評価
アウトプット	① 実施市町村数	実施市町村数 30市町村以上	11市町村	18市町村	10市町村	11市町村	C
	② 脳梗塞の 発症者数	脳梗塞の発症 者数の減少	1,090人	1,069人	1,059人	1,003人	B
アウトカム	③ QOLの低下防 止	脳梗塞の発症予 防によるQOLの 低下防止	—	—	—	—	E
	④ 脳梗塞発症の 可能性がある 者	脳梗塞発症の 可能性がある 者の減少	4,394人	4,315人	4,336人	3,871人	B

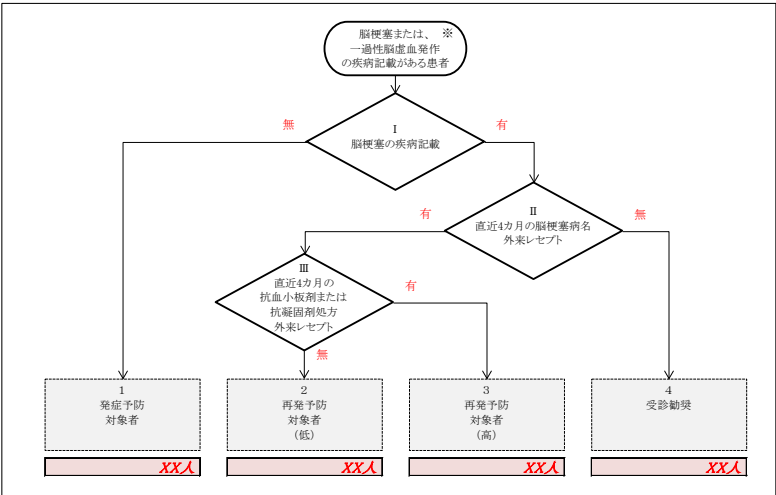
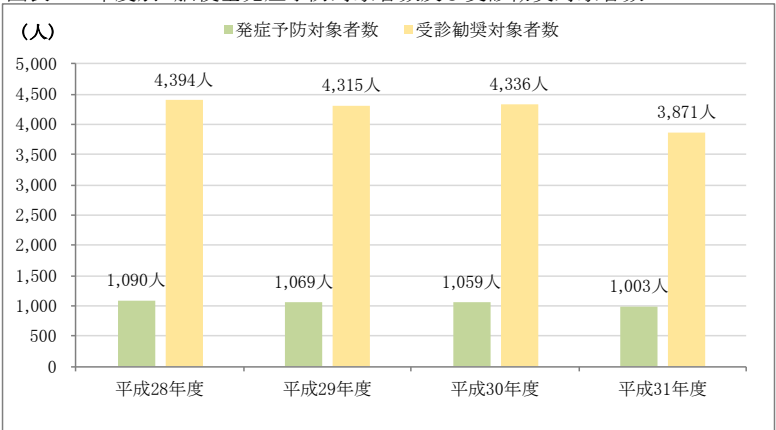
【目標達成状況】

- ・実施市町村数は、目標は達成できませんでしたが、ベースライン程度は維持しています。
- ・脳梗塞の発症者数は、年々減少傾向にあります。
- ・脳梗塞の発症予防によるQOLの低下防止については、把握が困難なため評価困難としました。
- ・脳梗塞発症の可能性がある者は、減少傾向にあります。

【今後の方向性】

- ・引続き、市町村と連携し、多くの市町村で効果的に取組まれることを目指します。
- ・「高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施」の中で実施していく市町村もあることから、引続き市町村の取り組み状況に応じた助言等の支援をしていきます。

図表40 年度別 脳梗塞発症予防対象者数及び受診勧奨対象者数



(7)受診行動適正化指導事業(重複・頻回受診、重複服薬)

	評価指標	目標	平成 28年度 (ベースライン)	平成 29年度	平成 30年度	令和 元年度	評価
アウトプット	① 実施市町村数	実施市町村数 35市町村以上	8市町村	18市町村	20市町村	13市町村	B
	② 訪問指導 実施者数	訪問指導実施 者数の増加	35人	108人	89人 訪問後資格喪失者 5人含む	61人 訪問後資格喪失者 2人含む	B
アウトカム	③ 重複・頻回受 診者・重複服 薬者数	重複・頻回受 診者・重複服 薬者数の減少	3,443人	3,122人	2,899人	2,773人	A
	④ 重複・頻回受 診者・重複服 薬者数	指導対象者の 行動変容	32人 (91.4%)	92人 (85.2%)	75人 (89.3%)	50人 (84.8%)	C

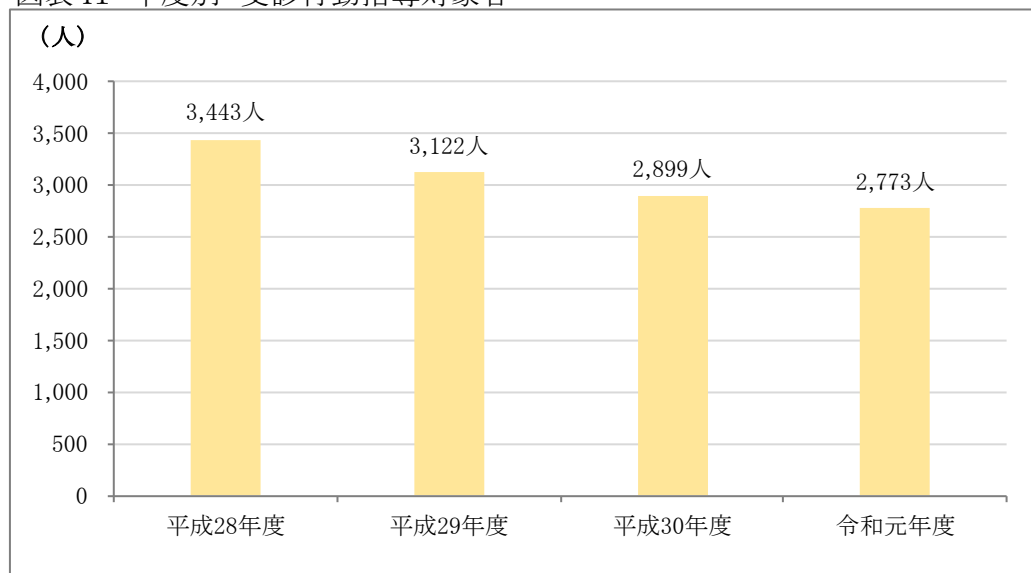
【目標達成状況】

- ・実施市町村数は、目標は達成できませんでしたが、ベースラインより増加しています。j
- ・訪問指導実施者数は、年度間で差がありますがベースラインより増加しています。
- ・重複・頻回受診者・重複服薬者数は、年々減少傾向にあります。
- ・指導対象者の行動変容は、概ね85%以上の方に行動の変化が見られる状況にあります。

【今後の方向性】

- ・引続き、市町村と連携し、多くの市町村で効果的に取組まれることを目指します。
- ・「高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施」の中で実施していく市町村もあることから、引続き、市町村の取り組み状況に応じた助言等の支援をしていきます。

図表41 年度別 受診行動指導対象者



(8)糖尿病治療中断者受診勧奨事業

	評価指標	目標	平成 28年度	平成 29年度 (ベースライン)	平成 30年度	令和 元年度	評価
アウトプット	① 実施市町村数	実施市町村数 20市町村以上		5市町村	5市町村	10市町村	B
	② 訪問指導 実施者数	訪問指導実施 者数の増加		6人	11人 訪問後資格喪失者 2人含む	12人	B
アウトカム	③ 訪問対象者の 医療機関受診 者数	訪問対象者の 医療機関受診 者数の増加		0人	5人	9人	B
	④ 糖尿病治療 中断者数	糖尿病治療中 断者数の減少		58人	46人	56人	C

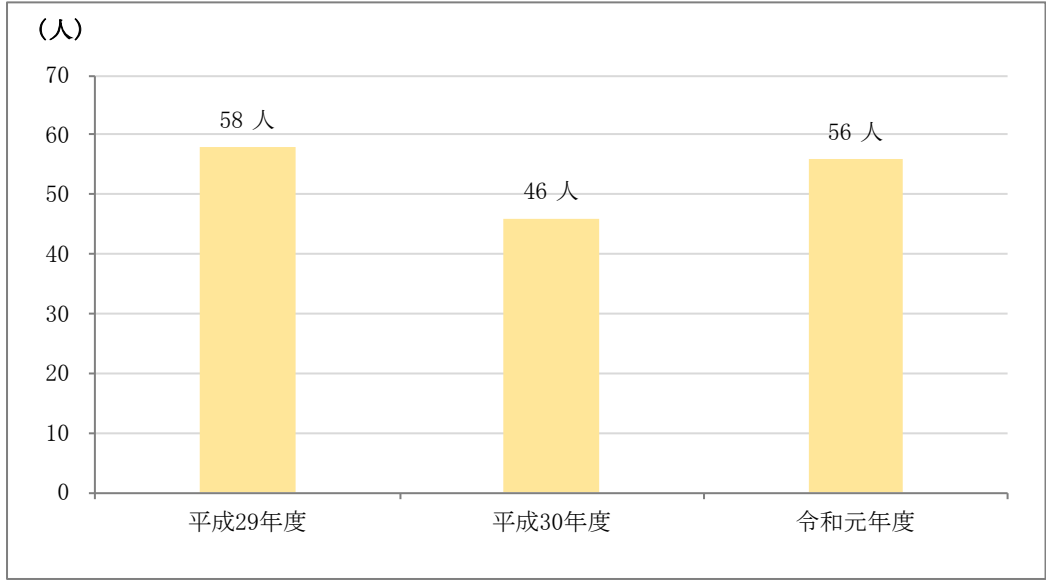
【目標達成状況】

- ・実施市町村数は、目標は達成できませんでしたが、年々増加傾向にあります。
- ・訪問指導者数は、年々増加傾向にあります。
- ・訪問対象者の医療機関受診者数は、年々増加傾向にあります。
- ・糖尿病治療中断者数は、横ばい傾向にあります。

【今後の方向性】

- ・引続き、市町村と連携し、実施市町村数の増加及び糖尿病治療中断者の減少を目指します。
- ・今後は生活習慣病治療中断者受診勧奨事業の中で実施していきます。また、「高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施」の中で実施していく市町村もあることから、引続き、市町村の取り組み状況に応じた助言等の支援をしていきます。

図表42 年度別 糖尿病治療中断者数



(9)糖尿病性腎症重症化予防事業

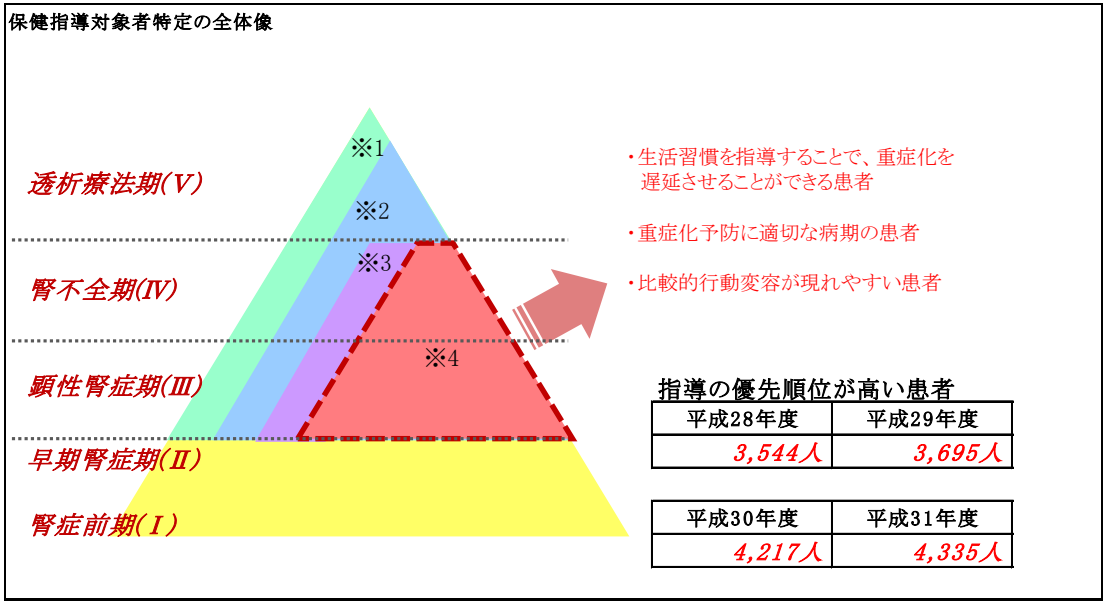
	評価指標	目標	平成 28年度	平成 29年度	平成 30年度 (ベースライン)	令和 元年度	評価
アウトプット	① 実施市町村数	実施市町村数 10市町村以上			0市町村	3市町村	B
	② 訪問指導 実施者数	訪問指導実施 者数の増加			0人	9人	B
	③ 病期の維持・ 進行抑制者数 (ステージ3以下)	病期の維持・ 進行抑制			11,364人	11,449人	C
アウトカム	④ 指導完了者の 生活習慣病改 善率	指導完了者の 生活習慣病改 善率の向上			—	—	E
	⑤ 指導完了者の 検査値改善率	指導完了者の 検査値改善率 の向上			—	—	E

【目標達成状況】

- ・実施市町村数は、目標は達成できませんでしたが、ベースラインより増加しています。
- ・訪問指導実施者数は、ベースラインより増加しています。
- ・病期の維持・進行抑制者数は、概ね横ばい傾向にあります。
- ・「指導完了者の生活習慣病改善率の向上」「指導完了者の検査値改善率の向上」については、訪問指導対象者の抽出基準や指導内容が市町村により異なるため、評価困難としました。

【今後の方向性】

- ・指導の優先順位の高い者の数が増加傾向にあることから、引続き市町村へ関係データの提供等の支援を行っていきます。
- ・「高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施」の中で実施していく市町村もあることから、引続き市町村の取り組み状況に応じた助言等を支援していきます。



※1…糖尿病起因以外の腎臓病患者
※2…Ⅰ型糖尿病や指導対象者として適切でない患者
※3…がん、難病等
※4…がん、難病等が確認されない患者

(10)フレイル対策事業

	評価指標	目標	平成 28年度 (ベースライン)	平成 29年度	平成 30年度	令和 元年度	評価
アウトプット	① 実施市町村数	実施市町村数 5市町村以上	2市町村	2市町村	2市町村	2市町村	C
	② 訪問歯科健診 実施者数	訪問歯科健診 件数の増加	14人	26人	24人	17人	C
アウトカム	③ 体重・血液検 査結果	体重や血液検 査結果の変化	—	—	—	—	E
	④ 生活機能の維 持・向上者数	生活機能の維 持・向上	—	—	—	—	E

【目標達成状況】

- ・市町村数は、目標は達成できませんでしたがベースラインを維持しています。
- ・訪問歯科健診実施者数は、横ばい傾向にあります。
- ・「体重や血液検査結果の変化」「生活機能の維持・向上」については、把握が困難なため評価困難としました。

【今後の方向性】

- ・引続き未実施の市町村に対し、取組に向けた助言等の支援を行っていきます。

(11)ジェネリック医薬品差額通知事業

	評価指標	目標	平成 28年度 (ベースライン)	平成 29年度	平成 30年度	令和 元年度	評価
アウトプット	① 使用割合	使用割合 80%以上	66.3%	69.3%	73.7%	76.3%	B
アウトカム	② 通知対象者の ジェネリック医 薬品使用割合	通知対象者の ジェネリック医 薬品使用割合 (数量割合)の 増加	5.77%	10.23%	6.54%	5.30%	C

【目標達成状況】

- ・使用割合は、目標は達成できませんでしたが、年々増加傾向にあります。
- ・通知対象者の使用割合は、年度間で差がありますが、概ねベースラインを維持しています。

【今後の方向性】

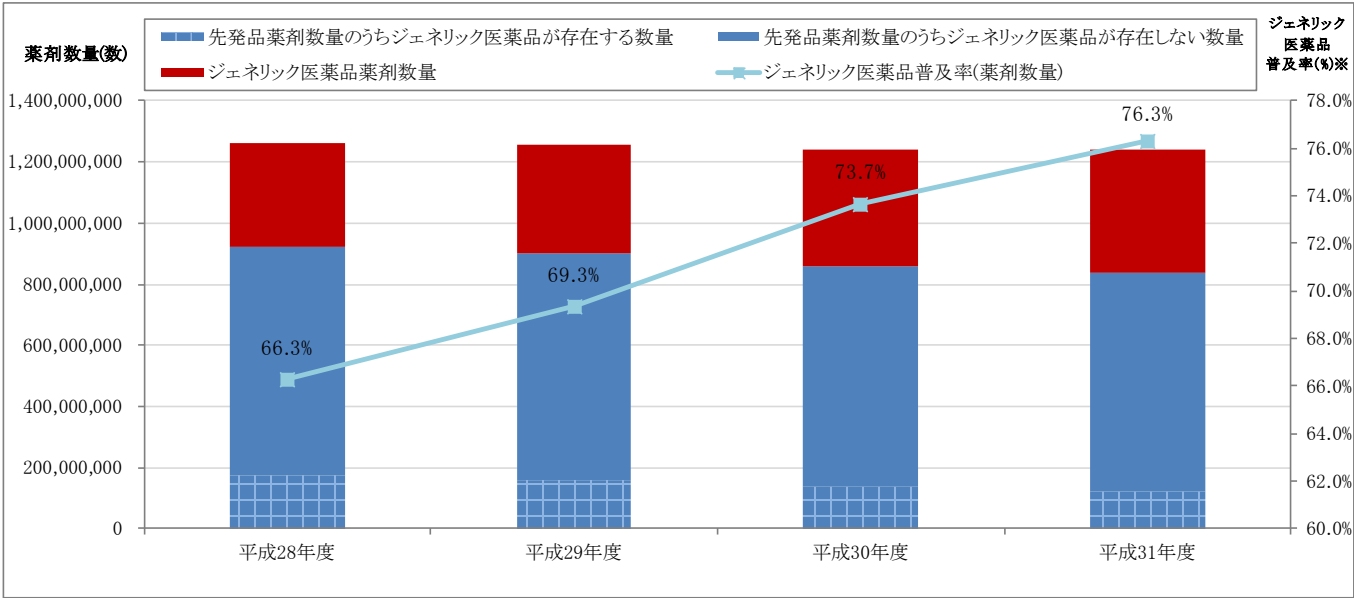
- ・引き続き、ジェネリック医薬品に対する理解を促すため、対象となる被保険者へ定期的に啓発文書を送付し、使用割合の向上を目指します。

年度別 ジェネリック医薬品差額通知対象者の使用割合

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
通知対象者数	31,669	53,488	43,484	38,999
切替人数(人)	1,828	5,470	2,846	2,065
使用割合(%)	5.77	10.23	6.54	5.30

※広域連合調査による。

図表43 年度別 ジェネリック医薬品普及率(厚生労働省指定薬剤数量ベース)



(12) 薬剤併用禁忌防止啓発事業

	評価指標	目標	平成 28年度	平成 29年度 (ベースライン)	平成 30年度	令和 元年度	評価
アウトプット	① 対象者数	対象者を 20%減少		6,939人	6,805人 (-1.94%)	6,490人 (-6.48%)	B
アウトカム	② 対象者の薬剤 併用禁忌発生 件数	対象者の薬剤 併用禁忌発生 件数の減少		18,472件	18,158件	17,569件	B

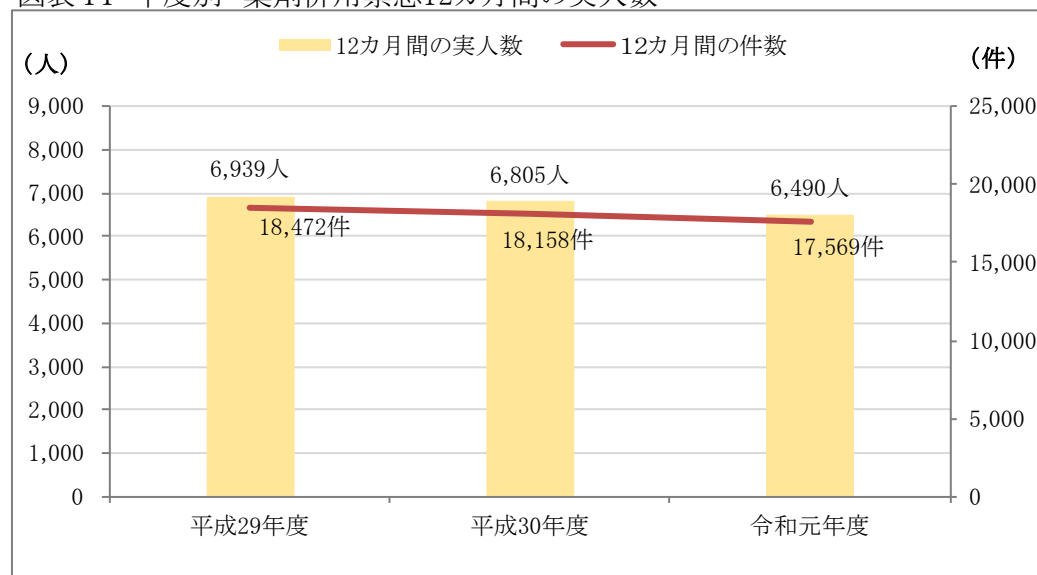
【目標達成状況】

- ・対象者数の減少割合にかかる目標は達成できませんでしたが、対象者は年々減少傾向にあります。
- ・対象者の薬剤併用禁忌発生件数は、年々減少傾向にあります。

【今後の方向性】

- ・引続き、かかりつけ薬局をもつことやお薬手帳を1冊にまとめることの意義等についての理解を促すため、対象となる被保険者へ啓発文書を送付し、健康被害等の抑制を図ります。

図表44 年度別 薬剤併用禁忌12カ月間の実人数



(13)ポリファーマシー対策事業

	評価指標	目標	平成 28年度	平成 29年度	平成 30年度 (ベースライン)	令和 元年度	評価
アウトプット	① 対象者数	対象者 20%減少			43,430人	43,630人 (+4.61%)	C
アウトカム	② 対象者の長期 多剤服薬者数	対象者の長期 多剤服薬者数 の減少			0人	+200人	D

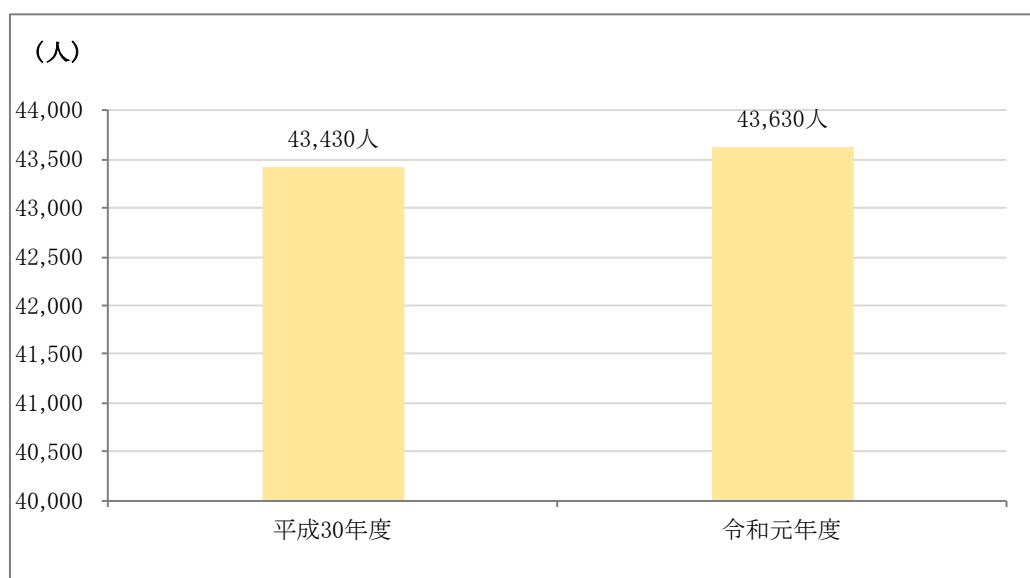
【目標達成状況】

- ・対象者の減少割合にかかる目標は達成できませんでしたが、対象者数は概ねベースラインを維持しています。
- ・対象者の長期多剤服薬者数は、横ばい傾向にあります。

【今後の方向性】

- ・引続き、かかりつけ薬局を持つことやお薬手帳を1冊にまとめることの意義等についての理解を促すため、対象となる被保険者へ啓発文書を送付し、多剤処方による様々なリスクの抑制を図ります。

図表45 年度別 長期多剤服薬者数



(14)～(19)長寿健康増進事業

	評価指標	目標	平成 28年度 (ベースライン)	平成 29年度	平成 30年度	令和 元年度	評価
アウトプット	① 対象者数	実施市町村数の維持または増加	14市町村	14市町村	16市町村	17市町村	B
アウトカム	② 心身の健康保持	被保険者の心身の健康保持増進	—	—	—	—	E
	③ 療養費	療養費の適正化等	—	—	—	—	E

【目標達成状況】

- ・実施市町村数は、増加傾向にあります。
- ・「被保険者の心身の健康保持増進」「療養費の適正化等」については、把握が困難なため評価困難としました。

【今後の方向性】

- ・引続き、市町村と連携し、多くの市町村で効果的に取組まれることを目指します。

4 目標項目・指標の見直し

事業	見直し前			見直し後	評価指標	理由
(1) 医科健康診査事業	アウトプット	短期目標	●受診率28.7%以上	●健診受診率の向上 (設定した目標受診率)	●健診受診率 ●健診結果、優良者を除いた数 ●糖尿病等の生活習慣病有病者数の減少	●目標及び評価指標を明確化
		中長期目標	●受診率35%以上	●健診受診率35%以上		
	アウトカム	短期目標	●健診受診率の向上 ●生活習慣病予備群の早期発見	削除 継続		
		中長期目標	●糖尿病等の生活習慣病有病者数の減少	継続		
(2) 健康状態不明者受診勧奨事業	アウトプット	短期目標	●実施市町村数20市町村以上 ●健康状態不明者の受診率向上	●実施市町村数の増加 ●健康状態不明者の健診受診率の向上	●実施市町村数 ●健診未受診者数及び医療機関の未受診者数	●目標及び評価指標を明確化 ●令和2年度から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」の開始
		中長期目標	●実施市町村数20市町村以上 ●健康状態不明者の受診率向上	●実施市町村数40市町村(一体的実施含む) ●健康状態不明者の健診受診率の向上		
	アウトカム	短期目標	●生活習慣病予備群の早期発見	継続		
		中長期目標	●健康状態不明者数の減少	継続		
(3) 歯科健康診査事業	アウトプット	短期目標	●実施市町村数15市町村以上 ●健診受診率の向上	●実施市町村数の増加 継続	●実施市町村数 ●歯科健診受診率 ●健診結果、医療に結びついた者の増加	●目標及び評価指標を明確化
		中長期目標	●実施市町村数21市町村以上 ●健診受診率の向上	継続 継続		
	アウトカム	短期目標	●歯科健診受診者数の増加	継続		
		中長期目標		●要治療で医療に結びついた者の数		
(4) 健診異常値放置者受診勧奨事業	アウトプット	短期目標	●実施市町村数35市町村以上 ●訪問指導実施者数の増加	●実施市町村数の増加 継続	●実施市町村数 ●訪問指導実施者数 ●訪問指導実施者の当該レセプトがある人の割合 ●健診異常放置者数	●目標及び評価指標を明確化 ●令和2年度から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」の開始
		中長期目標	●実施市町村数40市町村 ●訪問指導実施者数の増加	●実施市町村数40市町村(一体的実施含む) 継続		
	アウトカム	短期目標	●訪問指導対象者の医療機関受診者数の増加	●訪問指導実施者の医療機関受診者数の増加		
		中長期目標	●健診異常値放置者の減少	継続		

事業	見直し前		見直し後	評価指標	理由
(5) 生活習慣病治療中断者受診勧奨事業	アウトプット	短期目標	●実施市町村数30市町村以上 ●訪問指導実施者数の増加	●実施市町村数の増加 継続	●評価指標を明確化 ●令和2年度から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」の開始
		中長期目標	●実施市町村数40市町村 ●訪問指導実施者数の増加	●実施市町村数40市町村(一体的実施含む) 継続	
	アウトカム	短期目標	●訪問指導対象者の医療機関受診者数の増加	●訪問指導実施者の当該セプトがある人の割合 ●生活習慣病で定期受診中断者数	
		中長期目標	●生活習慣病治療中断者の減少	継続	
(6) 脳梗塞の発症予防事業	アウトプット	短期目標	●実施市町村数30市町村以上 ●脳梗塞の発症者数の減少	●実施市町村数の増加 継続	●実施市町村数 ●過去に一過性脳虚血発作の疾病記載があり、且つ脳梗塞の疾病記載がない者の数 ●目標及び評価指標を明確化 ●令和2年度から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」の開始
		中長期目標	●実施市町村数40市町村 ●脳梗塞の発症者数の減少	●実施市町村数40市町村(一体的実施含む) 継続	
	アウトカム	短期目標	●脳梗塞の発症予防によりQOLの低下防止	削除	
		中長期目標	●脳梗塞発症の可能性のある者の減少	継続	
(7) 受診行動適正化事業	アウトプット	短期目標	●実施市町村数35市町村以上 ●訪問指導実施者数の増加	●実施市町村数の増加 継続	●実施市町村数 ●訪問指導実施者数 ●事業の対象者数 ●訪問指導後、受診行動が適正になった者の数 ●目標及び評価指標を明確化 ●令和2年度から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」の開始
		中長期目標	●実施市町村数40市町村 ●訪問指導実施者数の増加	●実施市町村数40市町村(一体的実施含む) 継続	
	アウトカム	短期目標	●重複・頻回受診者・重複服薬者数の減少	継続	
		中長期目標	●指導対象者の行動変容	●指導実施者の行動変容	
(8) 糖尿病治療中断者受診勧奨事業	アウトプット	短期目標	●実施市町村数20市町村以上 ●訪問指導実施者数の増加	削除 削除	●令和3年度より生活習慣病治療中断者受診勧奨事業に含む
		中長期目標	●実施市町村数40市町村 ●訪問指導実施者数の増加	削除 削除	
	アウトカム	短期目標	●訪問指導対象者の医療機関受診者数の増加	削除	
		中長期目標	●糖尿病治療中断者数の減少	削除	

事業	見直し前		見直し後	評価指標	理由
(9) 糖尿病性腎症重症化予防事業	アウトプット	短期目標	●実施市町村数10市町村以上 ●訪問指導実施者数の増加 ●病期の維持・進行抑制	●実施市町村数の増加 継続 継続	●目標及び評価指標を明確化 ●令和2年度から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」の開始
		中長期目標	●実施市町村数20市町村以上 ●訪問指導実施者数の増加 ●病期の維持・進行抑制	●実施市町村数40市町村(一体的実施含む) 継続 削除	
	アウトカム	短期目標	●指導完了者の生活習慣病改善率の向上 ●指導完了者の検査値改善率の向上	削除 削除	
		中長期目標	●新規人工透析患者数の減少 ●病期の維持・進行抑制	継続	
(10) フレイル対策事業 →在宅要介護者訪問歯科健康診査事業	アウトプット	短期目標	●実施市町村数5市町村以上 ●訪問歯科健診件数の増加	●実施市町村数の増加 継続	●目標及び評価指標を明確化 ●事業名を明確化
		中長期目標	●実施市町村数8市町村以上 ●訪問歯科健診件数の増加	継続 継続	
	アウトカム	短期目標	●体重や血液検査結果の変化	削除	
		中長期目標	●生活機能の維持・向上 ●要治療で医療に結びついた人の増加	削除 ●要治療で医療に結びついた人の増加	
(11) <追加> 低栄養予防事業	アウトプット	短期目標	●実施市町村数増加 ●訪問指導者の体重の維持・向上	●実施市町村数 ●訪問指導者の体重の変化	●平成30年度から新規
		中長期目標	●実施市町村数40市町村(一体的実施含む) ●訪問指導者の体重の維持・向上		
	アウトカム	短期目標	●訪問指導者の体重の変化や行動変容		
		中長期目標			
(12) <追加> 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業	アウトプット	短期目標	●実施市町村数の増加	●実施市町村数	●令和2年度から新規
		中長期目標	●実施する市町村数40市町村(健康寿命延伸プランにより、令和6年度までに全市町村で実施とする)		
	アウトカム	短期目標	●高齢者の心身の特性を踏まえたフレイル予防及び介護予防を一体的に推進		
		中長期目標			

事業	見直し前		見直し後	評価指標	理由
(13) ジェネリック医薬品差額通知事業	アウトプット	短期目標	●使用割合(数量割合)80%以上 ●使用割合(数量割合)の増加 ●通知対象者の減少	●通知対象者のジェネリック医薬品切替率 ●ジェネリック医薬品使用割合(数量割合)	●目標及び評価指標を明確化
		中長期目標	●使用割合(数量割合)90%以上 継続 ●通知対象者の減少		
	アウトカム	短期目標	●通知対象者のジェネリック医薬品使用割合(数量割合)の増加 ●通知対象者のジェネリック医薬品切替率の増加		
		中長期目標	●ジェネリック医薬品使用割合(数量割合)の増加 継続		
(14) 薬剤併用禁忌防止啓発事業	アウトプット	短期目標	●対象者を20%減少 ●対象者の減少	●通知前後の薬剤併用禁忌発生件数 ●薬剤併用禁忌対象者割合	●目標及び評価指標を明確化
		中長期目標	●対象者を30%減少 継続		
	アウトカム	短期目標	●対象者の薬剤併用禁忌発生件数の減少 ●対象者の薬剤併用禁忌発生件数の減少		
		中長期目標	●薬剤併用禁忌対象者割合の減少 ●薬剤併用禁忌対象者割合の減少		
(15) ポリファーマシー対策事業	アウトプット	短期目標	●対象者を20%減少 ●対象者の減少	●通知前後の服薬状況 ●長期多剤服薬者割合	●目標及び評価指標を明確化
		中長期目標	●対象者を30%減少 継続		
	アウトカム	短期目標	●対象者の長期多剤服薬者数の減少 ●対象者の長期多剤服薬者数の減少		
		中長期目標	●長期多剤服薬者割合の減少 ●長期多剤服薬者割合の減少		
(16) 長寿健康増進事業 (21)	アウトプット	短期目標	●実施市町村数の増加又は維持 継続	●補助金交付市町村数	●目標及び評価指標を明確化
		中長期目標	●実施市町村数の増加又は維持 継続		
	アウトカム	短期目標	●被保険者の心身の健康保持増進 ●被保険者の健康増進		
		中長期目標	●療養費の適正化等 削除		

1. データヘルス計画の目的・目標の設定

「データヘルス計画(第2期)」のこれまでの取り組みを評価するとともに、第2章の各データの分析に基づく現状から見えてきた課題を解決するため、引続きデータヘルス計画に基づき高齢者保健事業等を実施することにより、事業計画期間終了時に改善されている状態を目標として設定します。目標については、「短期的目標」と「中・長期的目標」を設定します。

「短期的目標」とは、年度ごとに達成されている目標のことです。

「中・長期的目標」とは、計画最終年度に達成されている目標のことです。

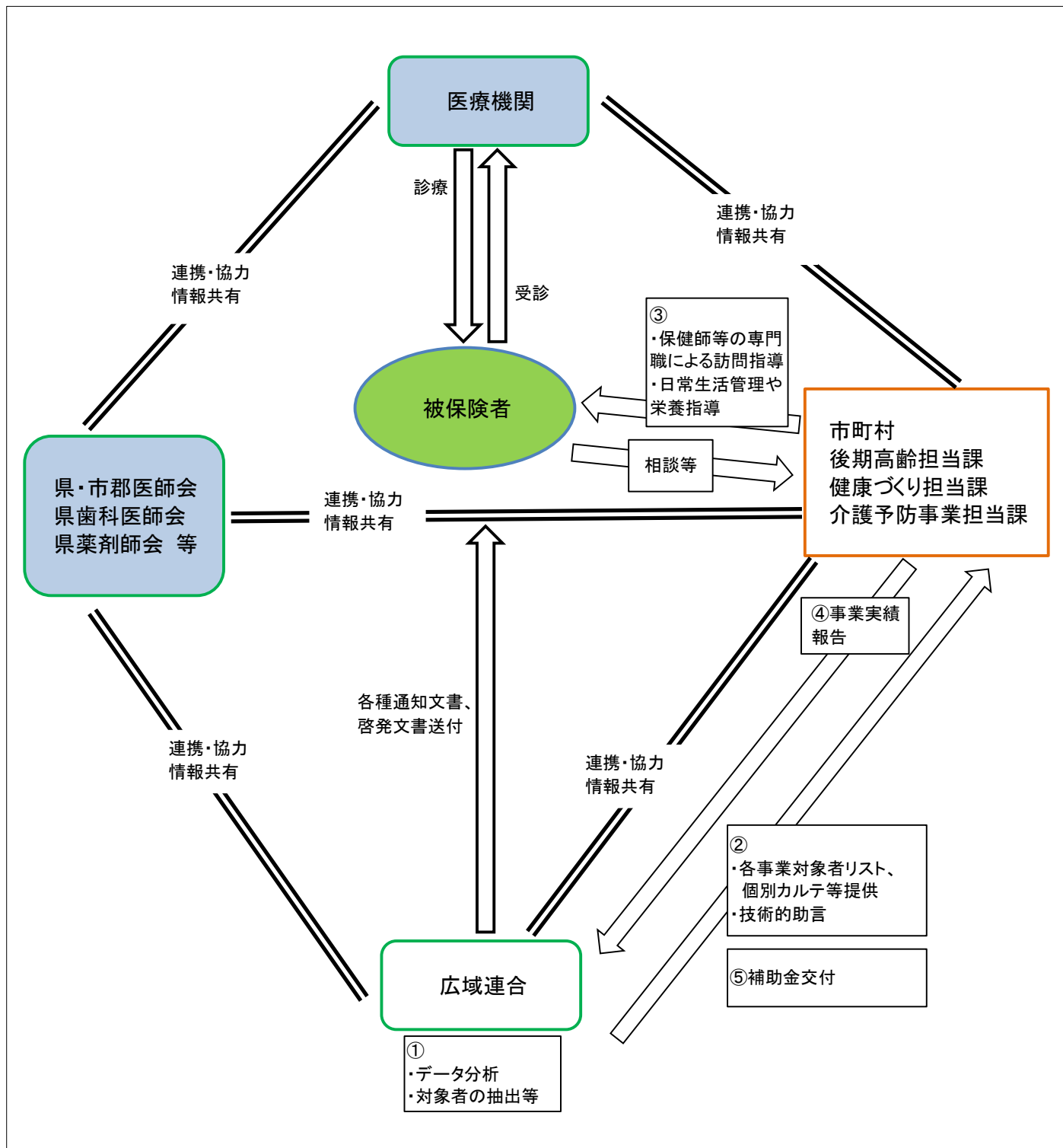
目 的
被保険者が自立して日常生活を送ることができるよう、高齢者保健事業等を積極的に推進し、健康寿命の延伸を図り、結果として医療費の適正化に資することを目的とする。 ①疾病の早期発見・早期治療及び生活習慣の見直しを支援する。 ②後期高齢者の特性を踏まえ、疾病の重症化を予防する。 ③加齢に伴う心身機能の低下を防止する。



目 標
【短期的目標】 ●健康診査受診率の向上(医科・歯科) ●生活習慣病予備群の早期発見 ●健診異常値放置者数の減少 ●生活習慣病治療中断者数の減少 ●糖尿病治療中断者数の減少 ●脳梗塞発症の可能性者数の減少 ●重複頻回受診者・重複服薬者数の減少 ●訪問歯科健診件数の増加 ●低栄養予防者の体重の維持・向上 ●糖尿病性腎症における病期の維持・進行抑制 ●通知対象者のジェネリック医薬品普及率(数量割合)の増加 ●薬剤併用禁忌発生件数の減少 ●長期多剤服薬者数の減少 【中・長期的目標】 ●糖尿病等の生活習慣病有病者数の減少 ●健康状態不明者数の減少 ●訪問指導実施者数・訪問指導対象者の医療機関受診者数・訪問歯科健診件数の増加 ●低栄養予防者数の減少 ●脳梗塞の発症者数の減少 ●新規人工透析導入患者者数の減少 ●要介護者等の生活機能の維持・向上 ●ジェネリック医薬品普及率(数量割合)の増加 ●薬剤併用禁忌対象者割合の減少 ●長期多剤服薬者割合の減少

2. 高齢者保健事業の展開におけるイメージ

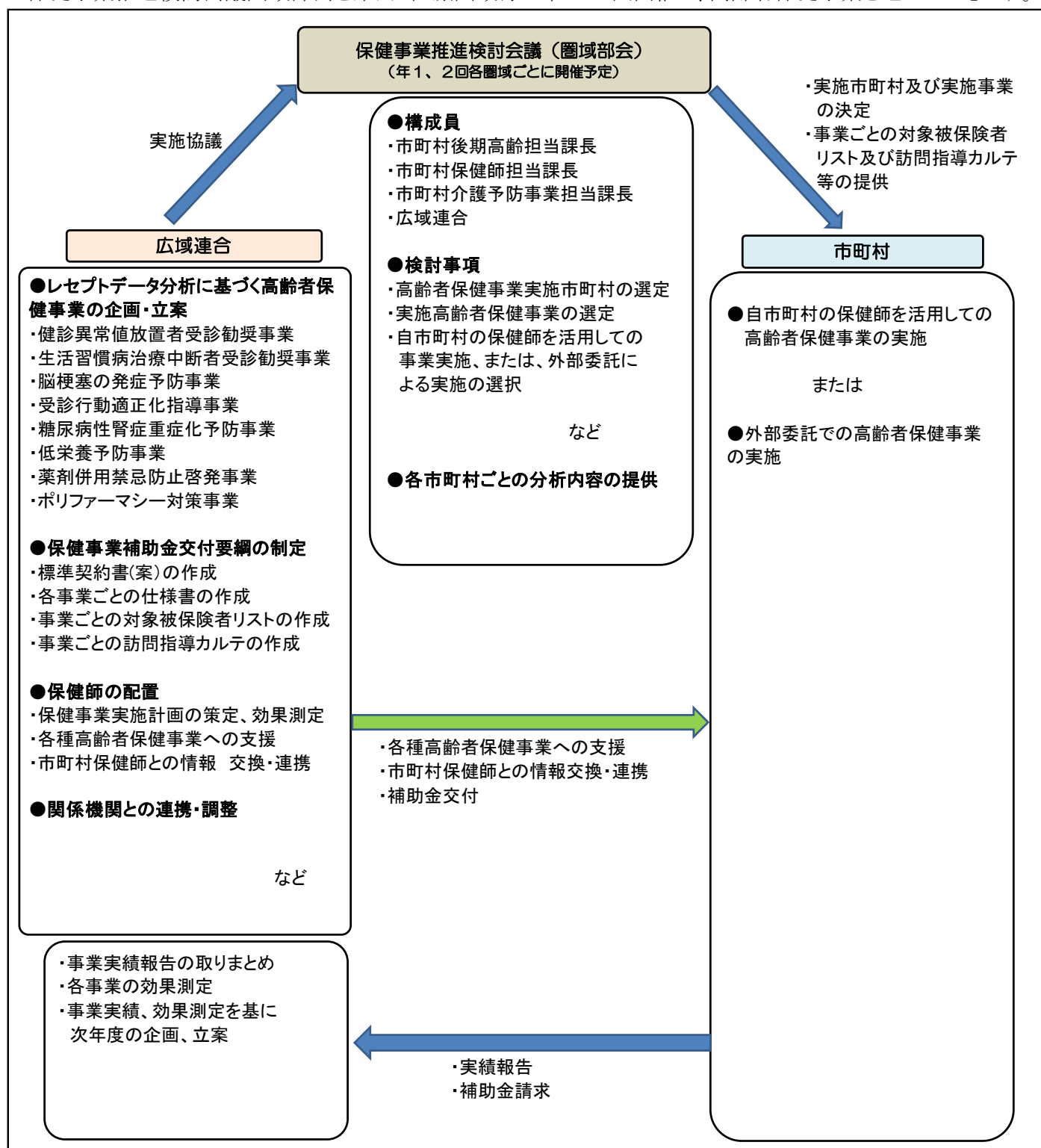
広域連合はじめ、市町村や医師会等関係機関、医療機関がお互いに連携・協力をし、高齢者保健事業の対象となる被保険者一人ひとりを支えていきます。そして、被保険者のQOLの維持・向上及び生活習慣病等の早期発見・重症化予防等を図るための事業展開を目指していきます。



3. 高齢者保健事業の進め方

広域連合は、毎年度、前年度の4月～3月分のレセプトデータ・健診データ等を分析し、その結果を基に、本計画に掲げた高齢者保健事業の効果等の検証及び新たな高齢者保健事業の企画・立案を行っていきます。

本計画に掲げた高齢者保健事業を実施している市町村の意見等を吸い上げ、次年度以降の高齢者保健事業に反映させるため、市町村の後期高齢者医療担当課長、健康づくり担当課長、介護予防事業担当課長を構成員とした保健事業推進検討会議圏域部会を県内6医療圏域毎に年1～2回開催し、高齢者保健事業を進めていきます。



4. 高齢者保健事業の推進体制等

(1) 事務局の体制（保健事業推進チーム）

職種	常勤（人）	非常勤（人）	合計（人）
事務職	2		2
保健師等		1	1
合計	2	1	3

(2) 保健事業費の推移

保健事業名	平成28年度 決算額 (千円)	平成29年度 決算額 (千円)	平成30年度 決算額 (千円)	令和元年度 決算額 (千円)
健康診査費	349,940	369,767	412,611	431,484
保健事業推進費	11,509	22,582	46,103	40,558
医療費適正化事業費	4,599	28,287	33,573	40,666
長寿・健康増進事業費	38,521	45,838	50,575	55,672
小計 (a)	404,569	466,474	542,862	568,380
特別会計の歳出総額 (b)	158,132,811	162,366,384	164,686,892	167,384,425
特別会計の歳出総額に対する割合 (%) (a)／(b)	0.26%	0.29%	0.33%	0.34%

(3) 推進組織等

会議名	開催回数等	委員・構成員	内容等
青森県後期高齢者医療広域連合運営懇談会	年1～2回	学識経験者、保険医療機関等の団体の役員、保険者代表、被保険者で構成 20人以内	後期高齢者医療制度の適正かつ円滑な運営に資するため、広く関係者の意見を聴く。
青森県後期高齢者医療広域連合政策推進会議	年2回	県、国保連及び医療圏域毎の市部後期高齢担当課長、町村部担当課長	後期高齢者医療制度に係る政策について、効果的、効率的かつ円滑な推進を図るため、広域連合、関係市町村その他関係機関で協議し、意見集約及び合意形成を行う。
青森県後期高齢者医療保健事業推進検討会議	年1～2回	関係市町村後期高齢担当課長、健康づくり担当課長、介護予防事業担当課長	後期高齢者の地域特性に応じた効果的かつ効率的な高齢者保健事業の推進及び被保険者の健康の保持増進及び医療費適正化を図る。
青森県後期高齢者医療保健事業推進検討会議圏域部会	年1～2回	6医療圏域毎の市町村後期高齢担当課長、健康づくり担当課長、介護予防事業担当課長	後期高齢者の地域特性に応じた効果的かつ効率的な高齢者保健事業の推進及び被保険者の健康の保持増進及び医療費適正化を図る。

第5章 データヘルス計画の展開

1. 高齢者保健事業の今後の展開

	事業名	開始年度	事業目的	事業概要
健康診査事業	(1) 医科健康診査事業	H20～	被保険者の生活習慣病等の発症や重症化の予防及び心身機能の低下の防止を図り、受診率の向上を目指し、生活習慣病患者数の減少を目指します。	市町村が自市(町村)民に対し、独自の取り組みで受診勧奨等を行い、健康診査を実施します。
	(2) 健康状態不明者受診勧奨事業	H28～	健診未受診者及び医療機関未受診者といった健康状態が全く把握できない者に対し、健診受診を勧奨し、重症化の予防を図ります。	健診未受診者且つ医療機関未受診者に対し、健診受診を促します。
	(3) 歯科健康診査事業	H27～	被保険者の口腔機能低下による嚥下性肺炎等の予防を図り、消化器系の患者数の減少を目指します。	市町村が自市(町村)民に対し、独自の取り組みで受診勧奨等を行い、健康診査を実施します。
保健指導事業(訪問指導)	(4) 健診異常値放置者受診勧奨事業	H28～	健診異常値を放置している者に対し、医療機関への受診を勧奨し、重症化の予防を図ります。	健診受診後、結果に異常値があるにもかかわらず、医療機関受診が確認できない対象者を特定し、訪問指導を行うことで、受診勧奨を行います。
	(5) 生活習慣病治療中断者受診勧奨事業	H28～	生活習慣病の治療を中断している者に対し、医療機関への受診を勧奨し、重症化の予防を図ります。	これまで定期的に生活習慣病の治療をしていたが、定期受診を中断した対象者を特定し、訪問指導を行うことで、受診勧奨を行います。
	(6) 脳梗塞の発症予防事業	H28～	脳卒中は、要介護者となる主な原因であるため、未然に発病を予防することでQOLの低下の防止を図ります。	過去に一過性脳虚血発作の疾病記載があり、且つ脳梗塞の疾病記載が無い者を特定し、訪問指導を行うことで、受診勧奨や生活習慣の見直しを行います。
	(7) 受診行動適正化指導事業(重複・頻回受診、重複服薬)	H23～	重複・頻回受診者数、重複服薬者数の減少を図り、適正な受診行動に導きます。	医療機関への不適切な受診が確認される者を特定し、医療機関への適正なかかり方について、訪問指導を行います。
	(8) 糖尿病性腎症重症化予防事業	H29～	糖尿病性腎症患者の重症化を予防し、新規人工透析患者の減少を図ります。	健診結果値とレセプトデータから対象者を特定し、保健師・栄養士等の専門職が定期的に訪問指導や電話指導等を行います。
	(9) 低栄養予防事業	H30～ 新規	低栄養に陥る可能性のある状態の者へ介入し、介護予防・QOLの向上を図ります。	健診結果値から対象者を特定し、管理栄養士等の専門職が定期的に訪問指導や電話指導等を行います。

実施内容	目標値			
	アウトプット		アウトカム	
	短期目標	中長期目標	短期目標	中長期目標
平成30年度～令和5年度				
広域連合と市町村が委託契約を結び、県内の全被保険者を対象とし、市町村が実施します。市町村から対象者に対し、受診券の送付等の様々な取組を行い、広域連合は受診率向上のためのアドバイス、財政的サポートを行います。	●健診受診率の向上 (設定した目標受診率)	健診受診率 35%以上	●生活習慣病予備群の早期発見 ●糖尿病等の生活習慣病有病者数の減少	
広域連合は、健康状態不明者(健診未受診者及び生活習慣病投薬レセプトが無い者、生活習慣病レセプトが無い者)を特定し、対象者リストを作成し、データを市町村へ提供します。市町村は、リストを元に受診勧奨や健康相談等を実施し、係る経費を広域連合が市町村へ補助します。	●実施市町村数の増加 ●健康状態不明者の健診受診率の向上	●実施市町村数 40市町村以上 (一体的実施含む) ●健康状態不明者の受診率の向上	●生活習慣病予備群の早期発見 ●健康状態不明者数の減少	
広域連合と市町村が委託契約を結び、県内の全被保険者を対象とし、市町村が実施します。市町村から対象者に対し、受診券の送付等の様々な取組を行い、広域連合は受診率向上のためのアドバイス、財政的サポートを行います。	●実施市町村数の増加 ●健診受診率の向上	●実施市町村数 21市町村以上 ●健診受診率の向上	●歯科健診受診者数の増加 ●要治療で医療に結びついた者の数	
広域連合は、健診受診後、その結果に異常値があるにも関わらず医療機関受診が確認できない者を特定しリストを作成。訪問指導に必要な個別カルテと併せて市町村へ提供します。市町村は自市町村の保健師で事業を実施し、受診勧奨や健康相談等を行う。自市町村の保健師で対応できない場合は、外部委託による実施も可とし、係る経費を広域連合が市町村へ補助します。	●実施市町村数の増加 ●訪問指導実施者数の増加	●実施市町村数 40市町村 (一体的実施含む) ●訪問指導実施者数の増加	●訪問指導実施者の医療機関受診者数の増加 ●健診異常値放置者数の減少	
広域連合は、過去に生活習慣病で定期受診をしていましたが、その後、定期受診を中断した者を特定しリストを作成。訪問指導に必要な個別カルテと併せて市町村へ提供します。市町村は自市町村の保健師で事業を実施し、受診勧奨や健康相談等を行います。自市町村の保健師で対応できない場合は、外部委託による実施も可とし、係る経費を広域連合が市町村へ補助します。	●実施市町村数の増加 ●訪問指導実施者数の増加	●実施市町村数 40市町村 (一体的実施含む) ●訪問指導実施者数の増加	●訪問指導実施者の医療機関受診者数の増加 ●生活習慣病治療中断者数の減少	
広域連合は、過去に一過性脳虚血発作の疾病記載があり、且つ脳梗塞の疾病記載が無い者を特定しリストを作成。訪問指導に必要な個別カルテと併せて市町村へ提供します。市町村は自市町村の保健師で事業実施し、生活習慣の見直しなど訪問指導・健康相談を行います。自市町村の保健師で対応できない場合は、外部委託による実施も可とし、係る経費を広域連合が市町村へ補助します。	●実施市町村数の増加 ●脳梗塞の発症者数の減少	●実施市町村数 40市町村 (一体的実施含む) ●脳梗塞の発症者数の減少	●脳梗塞発症の可能性のある者の減少	
広域連合は、医療機関への重複受診者・頻回受診者、重複して服薬している者を特定しリストを作成。訪問指導に必要な個別カルテと併せて市町村へ提供します。市町村は自市町村の保健師で事業実施し、適正な医療機関へのかかり方について訪問指導や健康相談を行います。自市町村の保健師で対応できない場合は、外部委託による実施も可とし、係る経費を広域連合が市町村へ補助します。	●実施市町村数の増加 ●訪問指導実施者の増加	●実施市町村数 40市町村 (一体的実施含む) ●訪問指導実施者の増加	●重複・頻回受診者・重複服薬者数の減少 ●指導実施者の行動変容	
広域連合は、ステージ毎の対象者を特定しリストを作成。その他健診等の必要な情報と併せて市町村へ提供します。各市町村の重症化予防プログラムに沿って実施します。かかりつけ医・専門医のアドバイスを受け、市町村の保健師・管理栄養士等による電話・訪問指導を行います。広域連合は円滑な事業実施に資するよう助言・財政的サポートを行います。	●実施市町村数の増加 ●訪問指導実施者数の増加 ●病期の維持・進行抑制	●実施市町村数 40市町村 (一体的実施含む) ●訪問指導実施者数の増加	●新規人工透析患者数の減少 ●病気の維持・進行抑制	
広域連合は健診を受診した者で、前年度に比べ体重が3kg以上低下、または直近の健診データのBMI値が20以下の被保険者を特定しリストを作成後市町村へ提供します。低栄養、低体重、筋量低下等による心身機能低下の予防のため、自市町村の管理栄養士等による電話・訪問指導を行います。自市町村の管理栄養士等で対応できない場合は、外部委託による実施も可とし、係る経費を広域連合が市町村へ補助します。	●実施市町村数の増加 ●訪問指導者の体重の維持・向上	●実施市町村数 40市町村 (一体的実施含む) ●訪問指導者の体重の維持・向上	●訪問指導者の体重の変化や行動変容	

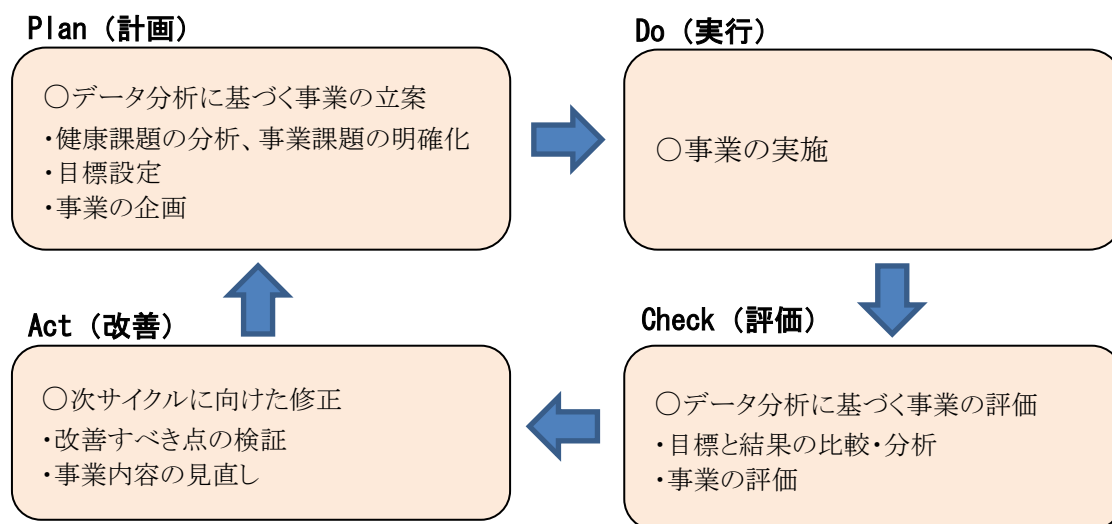
		事業名	開始年度	事業目的	事業概要
高 齢 者 の 低 栄 養 防 止 ・ 重 症 化 予 防 事 業	(10)	在宅要介護者訪問 歯科健康診査事業	H27～	高齢者の特性に応じた栄養指導や口腔指導を行い、生活機能の維持・向上を図ります。	市町村が自市(町村)民の在宅の要介護者に対し、訪問歯科健診を実施します。
	(11)	高齢者の保健事業 と介護予防の一体的 実施事業	R2～ 新規	高齢者の身体的、精神的及び社会的な特性を踏まえ、高齢者保健事業を効果的かつ効率的で被保険者の状況に応じたきめ細かなものとするため、国民健康保険事業及び地域支援事業(介護予防)と一体的に実施します。	関係市町村に委託し、市町村の国民健康保険事業及び地域支援事業(介護予防)と一体的に実施します。
適 正 化 事 業	(12)	ジェネリック医薬品 差額通知事業	H25～	ジェネリック医薬品へ切り替えることで自己負担額が安くなること、また国が先発医薬品と同等の効能があることを認めた医薬品であることを周知し、切り替えを促します。	ジェネリック医薬品に切り替えることで一定額の削減が見込める者を特定し、ジェネリック医薬品への切り替え勧奨文書を送付します。
服 薬 適 正 化 事 業	(13)	薬剤併用禁忌防止 啓発事業	H29～	薬剤併用禁忌の発生件数の削減を図り、併用禁忌による健康被害等の抑制を図ります。	薬剤併用禁忌の対象者を特定し、啓発文書を送付します。
	(14)	ポリファーマシー対 策事業	H30～	多剤服薬の発生件数の削減を図り、多剤処方による様々なリスクを防止するため、適正な服薬を促します。	多剤処方の対象者を特定し、啓発文書を送付します。
(長 寿 健 康 増 進 事 業) 特 別 対 策 補 助 金	(15)	健康教育・健康相談	H20～	被保険者の心身の健康保持・増進を図ります。	市町村独自の事業として実施します。
	(16)	運動・健康施設等利用 助成	H20～	被保険者の心身の健康保持・増進を図ります。	市町村独自の事業として実施します。
	(17)	社会参加活動運営 費助成	H20～	被保険者の心身の健康保持・増進を図ります。	市町村独自の事業として実施します。
	(18)	人間ドック・脳ドック 等助成	H20～	被保険者の疾病の早期発見により重症化を防ぎます。	市町村独自の事業として実施します。
	(19)	その他(はり・きゅう マッサージ等)	H20～	被保険者の心身の健康保持・増進を図ります。	市町村独自の事業として実施します。
	(20)	柔道整復にかかる 適正化	H20～	療養費の適正化を図ります。	市町村独自の事業として実施します。

実施内容	目標値			
	アウトプット		アウトカム	
	短期目標	中長期目標	短期目標	中長期目標
本県の市町村介護予防事業担当課では、既に市(町村)民を対象に栄養指導及び健康体操教室等の事業を実施していたことから、当広域連合においては、歯科口腔事業に焦点を絞ります。 市町村は、要介護状態等の在宅高齢者を対象に、歯科医や歯科衛生士等の専門職が、嚥下等口腔機能低下など予防するため訪問歯科健診を行います。	●実施市町村数の増加 ●訪問歯科健診件数の増加	●実施市町村数8市町村数以上 ●訪問歯科健診件数の増加	●要治療で医療に結びついた人の増加	
KDBシステムを活用した地域の健康課題の分析・対象者の把握や関係機関と連携しハイリスクアプローチ・ポピュレーションアプローチを行う市町村を支援します。 1) ハイリスクアプローチ ア 低栄養防止・生活習慣病等の重症化予防への取組 イ 重複・頻回・重複投薬者等への相談・指導の取組 ウ 健康状態が不明な高齢者の状態把握・必要なサービスへの接続 2) ポピュレーションアプローチ 通いの場等における、フレイル予防の普及啓発、運動・栄養・口腔等の健康教育・健康相談等の積極的な関与	●実施市町村数の増加	●実施市町村数40市町村(健康寿命延伸プランにより、令和6年度までに全市町村で実施とする)	●高齢者の心身の特性を踏まえたフレイル予防及び介護予防を一体的に推進	
広域連合は、ジェネリック医薬品の使用率が低く、ジェネリック医薬品への切り替えによる薬剤費軽減額が一定以上の者を特定し、ジェネリック医薬品への切り替えを促すため、啓発文書を送付します。	●使用割合(数量割合)の増加 ●通知対象者の減少	●使用割合(数量割合)90%以上 ●通知対象者の減少	●通知対象者のジェネリック医薬品切替率の増加 ●ジェネリック医薬品使用割合(数量割合)の増加	
かかりつけ薬局を持つこと、お薬手帳を1冊にまとめることを啓発し、併用禁忌となる薬剤が処方されていることを周知します。	●対象者の減少	●対象者を30%減少	●対象者の薬剤併用禁忌発生件数の減少 ●薬剤併用禁忌対象者割合の減少	
かかりつけ薬局を持つこと、お薬手帳を1冊にまとめることを啓発し、多剤処方や残薬の解消など、適正な服薬を促します。	●対象者の減少	●対象者を30%減少	●対象者の長期多剤服薬者数の減少 ●長期多剤服薬者割合の減少	
市町村は、被保険者を対象に、健康教育・健康相談等に関する情報等が記載されたカレンダー等作成・配布し、広域連合はその経費を補助します。	実施市町村数の維持又は増加	実施市町村数の維持又は増加	●被保険者の健康増進	
市町村は、被保険者を対象に、各種運動施設、健康施設等を利用とする場合の利用券等を交付し、広域連合はその経費を補助します。				
市町村は、被保険者を対象に、スポーツ・社会参加活動・健康まつり等を開催し、広域連合は各種行事等の運営費用を補助します。				
市町村は、被保険者を対象に、人間ドック等を実施し、受診した場合の自己負担分を除く費用を広域連合が補助します。				
市町村は、被保険者を対象に、はり・きゅうマッサージ等の施術券を交付し、広域連合はその経費を補助します。				
市町村は、被保険者を対象に、柔道整復に係る療養費の適正化に関するパンフレット等を作成し、広域連合はその経費を補助します。				

第6章 データヘルス計画の評価・見直し及び周知

1. データヘルス計画の評価

本計画の目標の達成状況については、「PDCAサイクル」の考え方で毎年度評価を行い、達成状況により必要に応じて次年度の実施計画の見直しを行います。また、令和2年度には、進捗確認・中間評価を行い、実施計画の最終年度には、事業の総合的な評価を行います。



2. データヘルス計画の見直し

計画の見直しについては、計画の最終年度である令和5年度に、年度ごとに行った事業評価及び中間評価を基に見直しを行います。計画の見直しに際しては、本計画の推進組織である、「青森県後期高齢者医療保健事業推進検討会議」及び「同会議圏域部会」を活用します。関係市町村等との検討の場については、「青森県後期高齢者医療広域連合政策推進会議」を活用します。また、広く関係者の意見を聴くため、学識経験者、保険医療機関等の団体の役員等で構成する「青森県後期高齢者医療広域連合運営懇談会」を活用します。

3. 計画の公表・周知

本計画は、市町村及び関係団体へ配布する他、ホームページ等で公表するとともに、被保険者をはじめ多くの方へ、あらゆる機会を通じて周知・啓発を図ります。また、年度ごとに実施する事業評価の結果や、目標の達成状況等についても、市町村及び関係団体等と情報共有を図り、公表に努めていきます。

4. 運営上の留意事項(地域包括ケアについて)

高齢者保健事業実施の際には、国保や健康づくり、介護保険の保険者である市町村と連携・協働して実施することで、必要に応じて被保険者が高齢者保健事業を受けられる機会が確保されることが重要です。

また、今後加齢に伴う心身機能の低下を防止するためには、地域の福祉や介護予防の取り組み等に繋げていく必要があります。このことから、市町村・地域の医療・福祉・介護等関係者と連携を図りながら高齢者保健事業を実施し、その地域で被保険者を支える連携の促進に努めていきます。